

رابطه‌ی بین سرد مزاجی جنسی و تعارض زناشویی در زنان ساکن شهر یزد

مهناز مرتضوی^{۱*}، علیرضا بخشایش^۲، مریم فاتحی‌زاده^۳، سعیده امامی‌نیا^۴

تاریخ دریافت 1392/07/16 تاریخ پذیرش 1392/10/03

چکیده

پیش زمینه و هدف: اختلالات جنسی، زوجین و به‌خصوص زنان خانواده را با مشکلات متعددی از جمله تعارض زناشویی و ناسازگاری مواجه می‌سازد، از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین سردمزاجی جنسی و تعارض زناشویی در زنان ساکن شهر یزد و به دنبال عوامل چندی که بر تعارضات زناشویی مؤثرند صورت گرفت.

مواد و روش کار: پژوهش از نوع توصیفی همبستگی بود. جامعه آماری شامل همه زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر یزد در سال ۱۳۹۰ بودند که از این بین ۱۰۰ نفر نمونه به صورت در دسترس انتخاب شد. ابزار پژوهش نیز شامل دو پرسشنامه: تعارض زناشویی (MCQ) و سردمزاجی جنسی عشقی و بهرامی بود. داده‌های بدست آمده از آزمودنی‌ها پس از اجرا نمره‌گذاری شد و به منظور تجزیه و تحلیل از نرم افزار SPSS ۱۸، روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و ضریب همبستگی پیرسون در سطح ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین سردمزاجی جنسی زنان و تعارض زناشویی رابطه معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$) هم چنین بین مدت ازدواج و تعارض زناشویی رابطه معکوس و معنی‌دار ($P < 0/05$) وجود دارد.

نتیجه گیری: بر اساس این یافته‌ها زنان دارای تعارض زناشویی بالاتر، سردمزاجی بالاتری از خود نشان داده‌اند، هم چنین تعارض زناشویی در زنان، با گذشت سال‌های بیشتری از ازدواج کاهش می‌یابد.

کلید واژه‌های: سردمزاجی جنسی، تعارض زناشویی، اختلالات جنسی، زنان

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره یازدهم، ص ۹۲۱-۹۱۳، بهمن ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی، تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۳۲۵۰۰

Email: mahnaz.mortazavi@gmail.com

مقدمه

و در نتیجه از هم پاشیدگی خانواده می‌شود، بنابراین هر گونه اختلال در روابط جنسی بر رابطه زوجین تأثیرگذار است (۲). اختلالات جنسی یکی از شایع‌ترین مشکلاتی است که افراد جوامع با آن دست و پنجه نرم می‌کنند. حدود یک سوم مردهای روی زمین از اشکالات مربوط به انزال و یک سوم خانم‌ها از اختلال در ارگاسم رنج می‌برند و چنانچه انبوه مبتلایان به سایر اختلالات را هم به این ارقام اضافه کنیم، این ادعا که اختلالات جنسی شیوع بالایی دارند واقعیت محض خواهد بود (۳).

نیاز جنسی از دیر باز تاکنون به عنوان یکی از بحث‌انگیزترین نیازهای انسان مطرح بوده و در هر دوره‌ای از تاریخ حتی آن زمان که فرهنگ و تمدن به معنی کنونی آن وجود نداشته ذهن بشر را به خود معطوف ساخته و رفتار انسان را تحت تأثیر خود قرار داده است (۱).

زناشویی سعادت‌مندانه نیز اگرچه فقط تا اندازه‌ای مربوط به روابط جنسی است ولی این روابط یکی از مهم‌ترین علل خوشبختی زندگی زناشویی است زیرا اگر این روابط قانع‌کننده نباشد منجر به احساس محرومیت، ناکامی و تعارض زناشویی

^۱ کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه یزد، دانشکده علوم انسانی

^۳ دانشیار مشاوره، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی

^۴ کارشناس علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، دانشکده علوم اجتماعی

ناپهنجاری‌های جنسی به گونه‌ای فاحش و شگفت‌انگیز، کیفیت زندگی بسیاری از زنان و حتی دیدگاه آن‌ها نسبت به خود و ارتباط بین فردیشان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). برخی پژوهشگران (۵) اظهار داشتند که ناپهنجاری‌های جنسی زنان از نظر جسمانی مشوش کننده، از نظر عاطفی پریشان کننده و از نظر اجتماعی تباہ کننده هستند. یکی از شایع‌ترین این اختلالات، اختلال میل جنسی کم کار یا سردمزاجی است. این اختلال در زنان شایع‌تر از مردان وجود دارد، بنابر تحقیقات بیشتر شکایات جنسی زنان مربوط به بی میلی جنسی یا به اصطلاح سردمزاجی است (۶). یک بررسی تصادفی، در میان افراد ۴۰ تا ۸۰ ساله جمعیت شهری کشورهای آسیایی، نشان داد که بیشتر از ۲۵ تا ۳۰ درصد زنان، حداقل در یک زمینه از روابط جنسی خود شکایت داشته و دچار ناراضیاتی بودند. اگرچه در بین کشورها تفاوت‌هایی وجود داشت؛ در میان مردان ۲۰ درصد افراد انزال زود رس و ۱۵ درصد به اختلال نعوظ مبتلا بودند؛ در حالی که بیشترین شکایات در زنان مربوط به اختلال بی میلی جنسی یا سردمزاجی بود (۷، ۸).

همچنین تحقیق انجام شده بر روی یک نمونه از زنان ژاپنی نشان داد که بی میلی جنسی بین این زنان گزارش شده است و می‌تواند به علت تمایل جنسی پایین جهانی در زنان، وابستگی به الکلی یا داور، سوء استفاده جنسی و یا مقاربت دردناک باشد (۹). پژوهش دیگری که بر روی ۴۰۰ زن مراجعه کننده به پزشک متخصص زنان و زایمان انجام شده بود نشان داد، ۲۱ درصد این جمعیت به سردمزاجی مبتلا هستند و این اختلال دومین ناپهنجاری شایع زنان است (۱۰). به طور کلی پژوهش‌ها (۱۱) نشان می‌دهد که بیش از یک سوم زنان بزرگسال از اختلال میل جنسی کم کار رنج می‌برند. اختلال میل جنسی کم کار یا سردمزاجی یک فقدان واکنش هیجانی در میل است که با عدم انگیزه درونی جنسی و عدم لذت در هنگام ارتباط جنسی همراه است به طوری که پاسخ‌هایی از اجتناب فعال از تماس جنسی تا شرکت در فعالیت جنسی با همسر علیرغم فقدان میل جنسی را در بر می‌گیرد. زنان سرد مزاج اغلب اقدامی برای آغاز فعالیت جنسی نمی‌کنند و چنانچه نشانه‌ای از میل به فعالیت جنسی از سوی شریک جنسی خود احساس کنند، با اکراه آن را می‌پذیرند. به طور کلی این زنان تجربه‌های جنسی اندکی دارند اما در برخی از موارد به لحاظ میل به ایجاد صمیمیت با همسر یا در اثر اجبار برای پاسخ گویی به نیازهای جنسی همسرشان، اقدام به فعالیت جنسی می‌کنند (۱۲). پژوهشگران معتقدند که به منظور سنجش اختلال میل جنسی کم کار به جای قضاوت کردن بر اساس تعداد دفعات مشارکت فرد در ارتباط جنسی با همسر باید بر میزان دفعات تمایل و تفکر جنسی فرد تأکید کرد زیرا از نظر زنان، تمایل جنسی، بیشتر وظیفه و عملکردی نسبت به ازدواج است

(۱۳). فقدان میل جنسی ممکن است به صورت کاهش دفعات هم بستری، عدم احساس جذابیت در شریک جنسی یا شکایت آشکار از فقدان میل جنسی ظاهر شود (۱۴). توجه به این نکته ضروری به نظر می‌رسد که از دست دادن میل جنسی در زندگی هر فردی و در دوره‌ای از زمان در میان تمام جوامع وجود دارد (۱۵). ولیکن زمانی که فرد تحت تأثیر مشکل جسمانی، آسیب روانی، مصرف مواد مخدر و یا شرایط بد محیطی با فقدان علاقه جنسی مواجه شود، به این عدم علاقه و میل جنسی، اختلال میل جنسی کم کار اطلاق نمی‌شود زیرا اختلال میل جنسی کم کار، ویژگی پایداری است که موجب آشفتگی فرد شده و حتی موجب ایجاد مشکلاتی در روابط بین فردی (از جمله تعارض زناشویی) نیز می‌شود (۱۰). در واقع میل جنسی پایین علت اصلی سایر اختلالات جنسی است، حداقل نیمی از مشکلات جنسی به وسیله میل جنسی پایین ایجاد می‌شوند و این اختلال یک ویژگی پایدار است که موجب آشفتگی فرد شده و بر جنبه تعاملی و ارتباطی بسیار تأثیر گذار است (۱۶). از طرفی زنان در روابط نزدیک خود بر صمیمیت و نزدیکی، ارزش بیشتری می‌گذارند. تحقیقات متعددی نشان داده است که میل جنسی پایین اغلب با ناسازگاری و تعارض زناشویی، ناراضیاتی زناشویی (۱۷، ۴) و سطح متوسطی از اضطراب و افسردگی همراه است. علاوه بر این مشکلات بین فردی همچون تعارضات زناشویی، کیفیت پایین ارتباط زناشویی و رضایت زناشویی پایین نیز خود جزء عوامل ایجادکننده سردمزاجی جنسی در زنان هستند (۱۸). تعارض زناشویی ناشی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش ارضای آن (از جمله نیاز جنسی)، خود محوری، اختلاف در خواسته‌ها و رفتار غیر مسئولانه نسبت به ارتباط زناشویی و ازدواج است (۱۹). فرایند تعارض زمانی به وجود می‌آید که یکی از طرفین رابطه احساس کند طرف مقابلش بعضی از مسائل مورد علاقه او را سرکوب می‌کند (۲۰). از دیدگاه Sexton، تعارض هنگامی رخ می‌دهد که چیزی رضایت را برای شخص فراهم کرده، در حالی که همان چیز برای دیگری محرومیت به دنبال آورد. که این احساس رضایت برای یکی و محرومیت برای دیگری می‌تواند در زمینه ارضای نیاز جنسی بین زوجین باشد (۱۹).

در زمینه آثار مخرب تعارض زناشویی نیز می‌توان به پیامدهای جسمی، روانی و رابطه‌ای آن اشاره کرد. خطر فزاینده انواع اختلالات روانی مانند افسردگی، سوء مصرف مواد و ناکارآمدی جنسی و در نهایت طلاق فقط بخشی از عوارض آن است که در پژوهش‌ها به آن اشاره شده (۲۱). ماهیار و همکاران در پژوهشی نشان دادند که اختلال در عملکرد جنسی زنان بر وضعیت روانی افسردگی و پرخاشگری زنان در ارتباط است و این عوامل هم می‌توانند پیامد تعارض زناشویی و هم ایجادکننده آن

باشند (۲۲). همچنین عشقی در پژوهشی به بررسی اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری جنسی زوجی بر بهبود سردمزاجی زنان پرداخت و نشان داد این درمان بر کاهش سردمزاجی مؤثر است (۲۳). بنابراین شناسایی ریشه‌های تعارض (که یکی از آن‌ها اختلالات جنسی است) و مهار آن و مقابله با آثار سوء و مداوم آن از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. علیرغم لزوم توجه به این مسئله و با وجود اینکه پژوهش‌های مناسب و زیادی در مورد اختلالات جنسی در ایران صورت گرفته اما به دلیل کمبود پژوهش مرتبط با سردمزاجی زنان و اثرات و درمان آن پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین سردمزاجی جنسی و تعارض زناشویی و همچنین ارتباط بین زیر مؤلفه‌های آن‌ها را در بین زنان ساکن شهرستان یزد مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش کار

با توجه به ماهیت این پژوهش که بررسی رابطه بین میزان سردمزاجی جنسی و تعارض زناشویی در زنان ساکن شهرستان یزد است از روش توصیفی و از نوع همبستگی استفاده شد. جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری شامل کلیه زنان ساکن شهر یزد بود که از مهر تا آذر ماه سال ۱۳۹۰ به مراکز خانه بهداشت شهر یزد مراجعه کردند، تعداد کل مراکز خانه بهداشت شهر یزد ۴۰ مرکز بود که از این بین چهار مرکز به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه انتخاب شد، سپس تعداد نمونه ۱۰۰ نفر به روش در دسترس انتخاب و به صورت مستمر صورت گرفت. پس از کسب رضایت از مسئولان مراکز بهداشت جهت همکاری، از شرکت کنندگان رضایت نامه کتبی همراه با اطمینان دادن از اینکه اطلاعات کسب شده محرمانه خواهد ماند، به دست آمد و سپس پرسشنامه به وسیله آن‌ها تکمیل گردید. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: حداقل یک سال از ازدواجشان گذشته باشد، سواد خواند و نوشتن داشته باشند و از داروی خاصی مرتبط با میل جنسی استفاده نمی‌کنند.

ابزار سنجش:

در این تحقیق از دو پرسشنامه تعارض زناشویی (MCQ)، Marital conflict Questionnaire و پرسشنامه سردمزاجی جنسی عشقی-بهرامی (۱۳۸۵) استفاده شد.

پرسشنامه تعارض زناشویی (MCQ): یک ابزار ۴۲ سؤالی است که برای سنجیدن تعارض زناشویی بر مبنای تجربیات بالینی توسط براتی و ثنائی (۱۳۷۹) ساخته شده است. این پرسشنامه حیطه‌های تعارض زوج‌ها را در هفت زمینه می‌سنجد و شدت تعارض زناشویی را برآورد می‌کند. این ابعاد عبارتند از: ۱- کاهش همکاری ۲- کاهش روابط جنسی ۳- افزایش واکنش‌های هیجانی

۴- افزایش رابطه فردی با اقوام خود ۵- کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان و دوستان همسر ۶- جدا کردن امور مالی از همدیگر ۷- افزایش جلب همکاری فرزند (۲۴). برای تعیین روایی محتوا و صوری پرسشنامه آن را روی یک گروه ۱۱۱ نفری متشکل از ۵۳ مرد و ۵۸ زن که برای رفع تعارض زناشویی خود به مراجع قضایی و مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند و نیز یک گروه گواه ۱۰۸ نفری از زوج‌های عادی متشکل از ۵۳ مرد و ۵۵ زن اجرا شد. مقایسه میانگین دو گروه سازگار و ناسازگار در مردان و زنان و در ابعاد مختلف تعارض زناشویی تفاوت معنی‌داری را نشان داد، که می‌تواند دال بر قدرت تمیز آزمون در تشخیص زوج‌های متعارض و نا متعارض باشد. به علاوه همبستگی هر سؤال با نمره کل آزمون بالا و معنی‌دار به دست آمد. پایایی کل این پرسشنامه توسط براتی و ثنائی (۱۳۷۹) برابر با ۰/۵۲، توسط دهقان (۱۳۸۰) برابر با ۰/۷۲ و توسط فرح بخش (۱۳۸۴) برابر با ۰/۶۹ بدست آمد (۲۵).

هر سؤال آزمون دارای یک مقیاس پنج درجه‌ای (همیشه = ۵، اکثر اوقات = ۴، گاهی وقت‌ها = ۳، به ندرت = ۲ و هرگز = ۱) تعلق می‌گیرد. نمره بالا در این آزمون حاکی از شدت تعارض و بد بودن اوضاع و نمره پایین دال بر خوب بودن اوضاع است. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۴۲ تا ۲۱۰ می‌باشد (۲۶).

پرسشنامه سردمزاجی جنسی کلامی زنان:

یک ابزار ۱۴۳ سؤالی است که برای سنجیدن سردمزاجی جنسی کلامی زنان با مطالعه منابع علمی معتبر و بر مبنای ملاک‌های موجود در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) و پرسشنامه‌های خارجی همچون پرسشنامه انگیزه جنسی Ann Hooper (۱۹۹۲) و همچنین در نظر گرفتن مسایل فرهنگی کشورمان توسط عشقی و بهرامی ساخته شد. در این پرسشنامه سردمزاجی در ۴ حیطه مورد ارزیابی قرار گرفت. این چهار حیطه عبارت بودند از: حیطه شناختی، حیطه رفتاری، حیطه احساسی و حیطه جسمانی. در مجموع ۱۴۳ عبارت مطرح شد که هر عبارت دارای ۵ گزینه (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) با نمره‌های ۱ تا ۵ بود. روایی محتوای پرسشنامه توسط پنج متخصص مشاوره و پزشک متخصص زنان و زایمان تایید شد. برای تعیین همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که این ضریب برابر ۰/۸۵ به دست آمد (۲۳).

تحلیل آماری داده‌ها: داده‌های بدست آمده از آزمودنی‌ها پس از اجرا نمره‌گذاری شده و به منظور تجزیه و تحلیل از نرم افزار SPSS استفاده شد.

روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و ضریب همبستگی پیرسون در سطح ۰/۰۵ بکار برده شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی: در این پژوهش ۱۰۰ زن خانه‌دار ساکن شهرستان یزد مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج نشان داد میانگین سن آن‌ها ۳۳ سال و میانگین طول مدت ازدواجشان ۱۲ سال و اکثراً دارای ۲ فرزند بودند، همچنین سطح تحصیلات اکثر آزمودنی‌ها دیپلم بود. میانگین نمره تعارض زناشویی برابر ۸۷/۴۶ و انحراف استاندارد آن ۲/۴۲ بود که نشان دهنده سطح متوسط تعارض زناشویی بود و همچنین میانگین و انحراف استاندارد نمره سردمزاجی جنسی زنان به ترتیب برابر با ۱۶/۳۹۴ و ۲۷/۷۶ بود.

یافته‌های استنباطی:

فرضیه اول: بین سردمزاجی جنسی و تعارض زناشویی همبستگی وجود دارد. برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد، همان‌طور که از جدول ۱ مشخص است بین سردمزاجی جنسی و تعارض زناشویی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$) به این معنا که با بالا رفتن میزان تعارض زناشویی میزان سردمزاجی جنسی نیز افزایش می‌یابد.

جدول شماره (۱): رابطه بین سردمزاجی جنسی و تعارض زناشویی

ضریب همبستگی	تعارض زناشویی
ضریب همبستگی	۰/۴۸۳
سرد مزاجی جنسی	۰۰/۰۰۰
سطح معنی‌داری	۰۰/۰۰۰
تعداد	۱۰۰

فرضیه دوم: بین هر یک از خرده مقیاس‌های تعارض زناشویی با سردمزاجی جنسی همبستگی وجود دارد. به منظور تحلیل این فرضیه نیز از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. با توجه به جدول شماره ۲ بین سردمزاجی جنسی با

همه خرده مقیاس‌های تعارض زناشویی همبستگی معنی‌داری وجود دارد که نشان می‌دهد سردمزاجی جنسی با تک‌تک مؤلفه‌های تعارض زناشویی ارتباط دارد ($p < 0/05$).

جدول شماره (۲): رابطه بین سردمزاجی جنسی و خرده مقیاس‌های تعارض

ضریب همبستگی	همکاری	رابطه جنسی	واکنش‌های هیجانی	جلب حمایت فرزندان	رابطه فردی با خویشاوندان خود	رابطه فردی با خویشاوندان همسر و دوستان	جدا کردن امور مالی از یکدیگر
ضریب همبستگی	۰/۳۲۹*	۰/۴۵۹**	۰/۳۵۹**	۰/۲۶۹*	۰/۳۱۳*	۰/۳۷۵**	۰/۳۹۳**
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۷	۰/۰۰۰	۰/۰۰۳	۰/۰۲۹	۰/۰۱۰	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱
تعداد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

فرضیه سوم: بین سن زنان و سردمزاجی جنسی رابطه وجود دارد. برای آزمون این فرض نیز از ضریب همبستگی پیرسون

استفاده شد نتایج نشان داد بین سن و سردمزاجی رابطه مثبت وجود دارد ولی مقدار همبستگی معنی‌دار نمی‌باشد ($p > 0/05$).

جدول شماره (۳): همبستگی سن با سرد مزاجی

ضریب همبستگی	سن زنان
ضریب همبستگی	۰/۲۲۰
سردمزاجی جنسی	۰/۰۹۵
سطح معنی‌داری	۰/۰۹۵
تعداد	۱۰۰

فرضیه چهارم: بین مدت زمان ازدواج و سردمزاجی جنسی رابطه وجود دارد. که نتایج نشان داد؛ بین مدت زمان ازدواج و سردمزاجی رابطه معنی داری وجود ندارد ($p > 0/05$). به عبارتی دیگر مدت زمان ازدواج پیش‌بینی کننده سردمزاجی جنسی زوجین نمی‌باشد.

جدول شماره (۴): همبستگی مدت ازدواج با سردمزاجی

ضریب همبستگی	مدت زمان ازدواج
ضریب همبستگی	۰/۱۳۷
سردمزاجی جنسی	سطح معنی داری
	۰/۲۹۹
	تعداد
	۱۰۰

فرضیه پنجم: بین مدت زمان ازدواج و تعارض زناشویی رابطه وجود دارد. برای آزمون این فرض نیز از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد نتایج نشان داد بین مدت ازدواج و تعارض زناشویی رابطه منفی و معنی داری وجود دارد و مقدار همبستگی معنی دار می‌باشد ($p < 0/05$) به این معنا که با افزایش مدت زمان ازدواج میزان تعارض زناشویی کاهش می‌یابد.

جدول شماره (۵): همبستگی مدت ازدواج با تعارض زناشویی

ضریب همبستگی	مدت ازدواج
ضریب همبستگی	۰/۲۸۳*
تعارض زناشویی	سطح معنی داری
	۰/۰۳۰
	تعداد
	۱۰۰

بحث و نتیجه گیری

ارتباط جنسی، پیچیده و متنوع بوده و تحت تأثیر روابط بین فردی، شرایط زندگی و تنش‌ها و تعارض‌های موجود در آن قرار دارد. این رفتار با ساختار زیست شناختی و احساس کلی فرد نسبت به خودش به عنوان یک مرد یا یک زن و تجارب و تحولات شخصی در رابطه با مسائل جنسی رابطه تنگاتنگی دارد (۲۷).

در این پژوهش به بررسی رابطه بین تعارض زناشویی و سردمزاجی جنسی زنان پرداخته شد. نتایج نشان داد بین سردمزاجی و تعارض زناشویی رابطه معنی داری وجود دارد یعنی با افزایش سردمزاجی جنسی، تعارض زناشویی نیز افزایش می‌یابد، و همچنین بین همه خرده مقیاس‌های تعارض زناشویی با سردمزاجی جنسی رابطه معنی داری وجود داشت ($p < 0/05$)، که این نتیجه همسو با نتایج تحقیق‌های انجام شده توسط Sutherland (۴)؛ Hubin و همکاران (۱۷) و Arnov و همکاران (۲۸) می‌باشد آنان نیز در پژوهش خود نشان دادند که میل جنسی پایین اغلب با ناسازگاری و نارضایتی زناشویی همراه است، این یافته همچنین با نتایج با پژوهش Cayan (۲۹) همسو بود. آن‌ها

در پژوهشی که بر روی ۱۹۸ زن و مرد مبتلا به اختلال عملکرد جنسی انجام دادند، بیان کردند که وجود اختلال عملکرد جنسی با تمام جنبه‌های رابطه صمیمی ارتباط دارد و در نمونه‌هایی که در روابط صمیمانه خود مشکل دارند و دچار تعارضات زناشویی هستند، اختلالات عملکرد جنسی بیشتری وجود دارد. Kontula و Havio-Manila (۳۰) و همچنین Hartmann و همکاران (۳۱) نیز در پژوهش‌های خود به بررسی تمایلات جنسی کم در میان زنان پرداختند؛ آن‌ها نشان دادند که افزایش سن، عوامل تنش‌زای زندگی، عوامل زمینه‌ای مانند کیفیت ارتباط، تعارض و ناسازگاری زناشویی و همچنین عوامل شخصیتی، تجربیات و تمایلات گذشته، سلامت جسمی و روانی از دیگر عوامل پیش‌بینی کننده مهم اختلال عملکرد جنسی زنان می‌باشد. طبیعی است که تأمین نیاز جنسی به عنوان یک موضوع اساسی در ازدواج بر جنبه‌های مختلف رابطه تأثیرگذار می‌باشد بنابراین وجود رابطه سردمزاجی جنسی با تعارض و ناسازگاری در رابطه زناشویی نتیجه دور از انتظاری نخواهد بود آنچه در اینجا مهم می‌نماید توجه به تدابیری جهت پیشگیری و حل این مشکلات است.

رابطه مدت زمان ازدواج با سردمزاجی جنسی زنان می‌توان گفت، در هر حال آنچه از لحاظ روان‌شناختی بیشترین تأثیر را در بروز اختلالات جنسی به خصوص در زنان دارد، طول مدت گذشته از ازدواج نیست بلکه نوع رابطه و مشکلات میان فردی و تنش‌های موجود در آن است که می‌تواند تعیین‌کننده باشد، لذا پژوهش‌های بیشتر در این زمینه لازم می‌نماید.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که بین مدت زمان ازدواج با تعارض زناشویی رابطه معنی‌داری وجود دارد به این صورت که با افزایش مدت زمان ازدواج، تعارض زناشویی کاهش می‌یابد ($p < 0.05$). این یافته همسو با نتایج تحقیق (۳۷-۳۵) بود آن‌ها نیز در پژوهش خود نشان دادند که بین مدت زمان ازدواج و تعارض زناشویی رابطه وجود دارد و تعارض زناشویی در سال‌های اولیه ازدواج بیشتر است. بدیهی است که در سال‌های اولیه زندگی مشترک زوجین به دلیل عدم آگاهی از خصوصیات و ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری یکدیگر بیشتر دچار تعارض و مشکل شوند ولی با گذشت زمان بهتر می‌توانند با هم سازگار شده و یکدیگر را درک کنند.

یکی از محدودیت‌های اصلی پژوهش حاضر این بود که به دلیل تابو بودن مسائل جنسی و بار فرهنگی مربوط به آن اکثر آزمودنی‌ها حاضر به پاسخ دهی به سؤالات پژوهش نبودند و همکاری لازم را با محقق به عمل نمی‌آوردند.

با توجه به یافته‌های این تحقیق و نتایج حاصل از پژوهش‌های دیگر؛ نابهنجاری‌های جنسی در زنان را نباید فقط معطوف به مشکل در حین مقاربت دانست، زیرا ارتباط جنسی در زنان روح و جسم و ذهن آن‌ها را درگیر می‌کند و مشکلات بین فردی همچون تعارض زناشویی تأثیر مستقیمی بر رابطه جنسی آن‌ها می‌گذارد لذا پیشنهاد می‌شود قبل از اقدام به درمان سردمزاجی، مشکلات تعارض زناشویی و تأثیرات آن بر رابطه جنسی برای زوجین روشن و در جهت حل آن تلاش شود. همچنین دوره‌های آموزشی در این زمینه به خصوص برای زنان می‌تواند راه‌گشای بسیاری از مشکلات زناشویی از جمله سردمزاجی باشد.

سپاسگزاری

از کلیه افرادی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

در مطالعه حاضر در بررسی رابطه بین سن و میزان سرد مزاجی، ارتباط آماری معنی‌داری حاصل نشد ($p > 0.05$). که این نتیجه متناقض با یافته‌های بلوریان و گنجلو (۳۲)، فانی صابری و همکاران (۳۳)، گشتاسبی و همکاران (۳۴) و Press (۳۵) بود آن‌ها در پژوهش خود سن را به عنوان یک عامل تأثیرگذار بر اختلال عملکرد جنسی معرفی کردند. به این صورت که ۷/۷۲ زنان کمتر از ۱۹ سال در روابط جنسی خود با مشکل مواجه بودند، از طرفی ۸۰ درصد زنان بالای ۳۵ سال نوعی از مشکلات را در روابط جنسی خود بیان کرده بودند. در ارتباط با سن کم و سردمزاجی جنسی می‌توان آن را به کم‌تجربگی یا تصورات نامطلوب زنان در مورد مسائل جنسی نسبت داد. از سویی دیگر زیاد بودن مشکلات جنسی از جمله سردمزاجی در زنان با سن بالاتر احتمالاً مرتبط با تغییرات بدنی، شکل بدن و وضعیت سلامتی فرد ایجاد می‌شود زیرا هر یک از این تغییرات به نوبه خود بر عملکرد جنسی فرد مؤثر است. آنچه مسلم است با توجه به اینکه دلایل سردمزاجی جنسی به دو دسته دلایل جسمانی و روان‌شناختی تقسیم می‌شود، لذا این دلایل می‌تواند در هر سنی و با توجه به شرایط جسمی و همچنین رابطه‌ای و میان فردی برای زنان اتفاق بیفتد و سن تنها عامل تعیین‌کننده در این زمینه نمی‌باشد.

نتیجه دیگری که این پژوهش نشان داد این بود که بین مدت زمان ازدواج با سردمزاجی جنسی رابطه معنی‌داری وجود ندارد، این نتیجه با پژوهش‌های بلوریان و گنجلو، متناقض بود. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند افزایش مدت زندگی مشترک با کاهش میزان اختلالات عملکرد جنسی همراه است، به طوری که میانگین مدت زندگی زناشویی در افراد بدون اختلال عملکرد جنسی در مقایسه با نمونه دارای اختلال بیشتر بود. فانی صابری و همکاران، نیز در پژوهش خود بیان کردند که تجربه ارگاسم با مدت زندگی زناشویی ارتباط معنی‌داری دارد. از سویی پژوهش‌های دیگر نشان دادند که با افزایش مدت زمان ازدواج، سردمزاجی در زنان نیز افزایش می‌یابد (۳۰، ۳۵، ۳۶) Cayan (۲۹) در پژوهش خود که به منظور بررسی شیوع اختلال جنسی در زنان و عوامل خطر بالقوه آن روی ۱۷۹ زن ترک انجام داده بود، نشان داد شیوع اختلالات جنسی زنان با افزایش سن و مدت زمان ازدواج بیشتر شده و عواملی از قبیل تحصیلات کم و بیماری‌های مزمن و زایمان متعدد ریسک فاکتورهای مهم در ارتباط با اختلال عملکرد جنسی در زنان بود. در توجیه یافته این پژوهش مبنی بر معنی‌دار نبودن

family counseling and sexual health 2009; 300-1.

(Persian).

- Slosarz WJ. Relationship between lifestyle and factors affecting sexual life. J Sexual and Relationship Therapy 2000; 15(2): 367-80.

References:

- Bahadori Y. Normal and abnormal sex on the verses and narrations. Abstracts of the 5th International Conference of Islamic counseling.

3. Spence S. Treatment of sexual disorders. Translators: Tuzandehjani H, Mohamadi M, Tavakoli zade J & Dehgani M, 2nd ed. Tehran: Peik Farhang; 2001.P. 111-98. (Persian).
4. Sutherland O. Phenomenological analysis of frequent and disruptive sexual discomfort in married women. (Disertation). British Columbia, Canada: Trinity Western Univ; 2002.
5. Basson R, Berman J, Burnett A. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definition and classifications. *J Uro* 2001; 163(3): 888-93.
6. Nicolosi A, Glasser C, Kimt B, Marumo K, Laumann O. Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40–80 years in the urban population of Asian countries. *J BJU Int* 2005; 95(4): 609-14.
7. McCabe MP. Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *J Sexual Marital Therapy* 2001; 27(3):259-71.
8. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women in women. *J Sexual Medicine* 2004; 1(1):66-8.
9. Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T. Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husbands support and feelings of stress. *J General Hospital Psychiatry* 2004; 26(5): 398-404.
10. Whestheimer R, Lopater S. Human Sexuality: A psychology perspective. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.P. 65-83.
11. Warnock JJ. Female hypoactive sexual desire disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment. *J CNS Drugs* 2002; 16(11): 745-53.
12. Nikkhoo MR, Avadys H. Women's sexual lives: Introductions about Sexual behavior & methods of identifying & Treatment of sexual dysfunction in women. Tehran: Sokhan; 2001.P. 12-4. (Persian).
13. Fido A. Emotional distress in infertile women in Kuwait. *J Fertil Womens Medicine* 2004; 49 (1): 24-8.
14. Kaplan H, Sadok B. Summary of Psychiatry Behavioral Sciences & Clinical Psychiatry. Translator: Pourafkari N. Tehran: Ayandesazan; 2003.P. 113-27. (Persian)
15. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingel C, Morcira F, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 years: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Impot Res* 2005; 17(1): 39-57.
16. Jedrzejczak P, Luczak-Wawrzyniak J, Przewozna J, Tazarek-Hauke G. Feeling and emotions in women treated for infertility. *J Przegal Lek* 2004; 61(12): 1334-7.
17. Hubin A, Sutter D, Reynaert C. Etiological factors in female Hypoactive Desire Disorder. *Sexologies* 2011; 20(3), 149-57.
18. McHorney C, Rust J, Golombok S. The Profile of Female Sexual Function (PFSF): a patient-based, international, psychometric instrument for the assessment of hypoactive sexual desire in oophorectomized women. *Menopause* 2004; 11(4):474–83.
19. Ghorbani K. Couples therapy, behavioral therapy, rational-emotional impact of the couples conflict and irrational thoughts, referring to Counseling centers in Isfahan. (Dissertation). Isfahan: Isfahan University; 2005. (Persian)
20. Greeff AP, de Bruyne T. Conflict management style and marital satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2000;26(4):321–34.
21. Halford W K. Brief couple therapy for couples. New York: Guilford Publication; 2001.P. 27-39.
22. Mahiyar A, Iranpor J & Noohi S. Sexual dysfunction and psychiatric status of women. *J Though Behav Clinical Psychol* 2003; 9(2):22-9. (Persian)

23. Eshghi R. The effect of couple's behavioral-cognitive counseling in the treatment of women's sexual frigidity in Isfahan. (Dissertation). Isfahan: Isfahan University; 2005 (Persian).
24. Barati T. The impact of marital conflict interactions couple. (Dissertation). Roodehen: Roodehen University; 2005.(Persian).
25. Farahbakhsh K. Ellis compared the efficacy of cognitive marital counseling, reality therapy, Glaser and blending it in reducing marital conflict. oophorectomized. (Dissertation). Tehran: Alameh Tabatabayi University; 2004. (Persian)
26. Thanayi B. Marriage and family assessment scales. Tehran: Be'sat; 2003. P.42-5. (Persian)
27. Azar M, Nooh S. Highlights of psychiatric Darsnameh. 1st ed. Tehran: Arjmand; 2003.P.47-68. (Persian)
28. Arnow BA, Milleiser L, Garrett A, Lake P, Glover GH, Hill KR, et al. Women with hypoactive sexual desire disorder compared to norman femaile: a fanchional magazine resonance Imaging study. J Neuroscience 2009; 158(2): 484-502.
29. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urol Int 2004;72(1):52-7.
30. Kontula O, Havio-Manila E. The impact of ageing on human sexual activity and desire. J Sex Research 2009; 46(1): 46-56.
31. Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, Ruffer-Hesse C. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development. J present sexuality Menopause 2004; 11 (6pt2): 726-40.
32. Bolourian Z, Ganjloo J. Sexual dysfunction & some related factors in the women referred to Health and medical centers of Sabzevar. J Fertility & Sterility 2006; 2 (31): 163-70.
33. Fani Saberi L. Study ties marital satisfaction of women attending health centers - Treatment of Sari. Sobh daneshgah. J Student Research Committee 2004; 45(2): 86-97.(Persian)
34. Goshtasbi A, Vahdani nia M, Rahimi frooshani A, Mohammadi A. Sexual dysfunction & Their relationship with fertility Variables in Kohkiluyeh & Boyerahmad. J Paayesh 2006; 7(1) 67-73. (Persian)
35. Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, et al. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. Urology 2005;65(1):143-8.
36. Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. Eur Urol 2005;47(3):366-374; discussion 374-375.
37. Mansour L, Adib rad. Comparison between marital conflict and its dimensions in the customer services center for women and martyr woman. Counseling Research & Developments 2004; 3(11): 47-64. (Persian)

THE RELATIONSHIP BETWEEN SEXUAL FRIGIDITY AND MARITAL CONFLICT IN WOMEN RESIDING IN YAZD

Mahnaz Mortazavi^{1}, Alireza Bakhshayesh², Maryam Fatehizadeh³, Saeede Emaminiya⁴*

Received: 8 Oct , 2013; Accepted: 24 Dec , 2013

Abstract

Background & Aims: Sexual dysfunction brings about numerous problems including marital conflict and incompatibility for couples especially women. Thus, the present study aims to expose the relationship between sexual frigidity and marital conflict among women residing in Yazd; and accordingly to survey some of the influential elements in these marital conflicts.

Materials & Methods: The method of this study is descriptive solidarity. The statistical society includes all married women who went to Yazd Health Centers in 2011, among whom one hundred available samples were selected. Research instruments included two questionnaires: Marital Conflict Questionnaire (MCQ) and Sexual Frigidity Questionnaire of Eshghi and Bahrami. The obtained data from the subjects were graded and in order to analyze them, we used the SPSS software (version 18), descriptive statistical methods (mean, standard deviation), and Pierson correlation coefficient at 0.05.

Results: The results show that there was a significant relationship between women's sexual frigidity and marital conflict ($p < 0.05$), and also there was a significant and opposite relationship between marriage duration and marital conflict ($p < 0.05$).

Conclusion: According to these findings, women with higher marital conflict show higher sexual frigidity; and also marital conflict in women reduces as more years pass.

Keywords: Sexual frigidity, Marital conflict, Sexual dysfunction, Women

Address: Faculty of Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran

Tel: 311 7932500

Email: mahnaz.mortazavi@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2014; 24(11): 921 ISSN: 1027-3727

¹. M.A in Family Counseling, Faculty of Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran (Corresponding Author)

². Assistant Professor, Faculty of Humanity, Yazd University, Yazd

³. Associate Professor, Isfahan University, Isfahan, Iran

⁴ Yazd University